

# THE DHS PROGRAM - ENQUÊTE SUR LA PRESTATION DES SERVICES DE SOINS DE SANTÉ

## OBSERVATION DES SERVICES DE PLANNIFICATION FAMILIALE

### 1. IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

TYPE QUESTIONNAIRE

O	P	F
---	---	---

NUMERO DE LA STRUCTURE

--	--	--	--	--

NUMERO DE SERIE (NS) DU PRESTATAIRE  
[DE LA LISTE DE PERSONNEL]

--	--

CODE DU CLIENT (A PARTIR DE LA LISTE DES CLIENTS)

--	--	--

### 2. INFORMATION SUR LE PRESTATAIRE

Provider category:

PRESTATAIRE TYPE 1 .....	01
PRESTATAIRE TYPE 2 .....	02
PRESTATAIRE TYPE 3 .....	03
PRESTATAIRE TYPE 4 .....	04
PRESTATAIRE TYPE 5 .....	05
PRESTATAIRE TYPE 6 .....	06
PRESTATAIRE TYPE 7 .....	07
PRESTATAIRE TYPE 8 .....	08
PRESTATAIRE TYPE 9 .....	09
AUTRE .....	96

PROVIDER CATEGORY

--	--

SEXE DU PRESTATAIRE (Masculin =1 Feminin =2)

SEXE DU PRESTATAIRE

--

### 3. INFORMATION SUR L'OBSERVATION

Date: .....

JOUR .....

--	--

MOIS .....

--	--

ANNEE.....

2	0	2	
---	---	---	--

Nom de l'observateur: \_\_\_\_\_

CODE DE L'OBSERVATEUR

--	--

4. OBSERVATION DE LA CONSULTATION DE PLANIFICATION FAMILIALE																			
NO.	QUESTIONS	CODE	ALLEZ A																
<p>AVANT D'OBSERVER LA CONSULTATION, VOUS DEVEZ OBTENIR LA PERMISSION DU PRESTATAIRE DE SERVICE ET DE LA CLIENTEE, ASSUREZ-VOUS QUE LE PRESTATAIRE SAIT QUE VOUS N'ETES PAS LA POUR L'EVALUER, ET QUE VOUS N'ETES PAS UN "EXPERT" A CONSULTER PENDANT LA SESSION.</p>																			
	<p><b>A LIRE AU PRESTATAIRE: Bonjour, Je suis (.....). Je représente</b> [Nom de l'Organisation]. Nous faisons une enquête auprès des formations sanitaires dans [PAYS] dans le bu de trouver des moyens d'améliorer l'offre des services. Je voudrais observer votre consultation avec cette cliente afin de comprendre comment les services de planification familiale sont fournis dans ce service.</p> <p>Les informations de cette observation sont confidentielles. Ni votre nom ni celui de la cliente ne seront enregistrés. Cependant, les informations collectés pendant cette observation pourront être utilisées par le ministère de lsa Santé ou les organismes appuyant des services dans cette formation, en vue de l'amélioration des services de santé. Des informations de cette observation pourront aussi être fournies aux chercheurs pour des analyses; cependant, les informations seront fournies de telle manière que ni vous, ni le service, ni la cliente ne pourront être identifiés. Tous les rapports utilisant ces données présenteront l'information sous forme globale, ce qui constitue une garantie supplémentaire de confidentialité.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser? Sachez que si, à nimporte quel moment, vous vous sentez gêné, vous pouvez me demander de partir.</p> <p>Ai-je votre permission d'être présent 1a cette consultation?</p> <p>_____</p> <p>Signature de l'Enquêteur (Indique que le répondant est d'accord pour la participation)</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">JOUR</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">MOIS</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">ANNEE</td> <td></td> </tr> </table>							2	0	2		JOUR		MOIS		ANNEE			
				2	0	2													
JOUR		MOIS		ANNEE															
100	INDIQUEZ SI LE PRESTASTAIRE A DONNE LA PERMISSION DE L'OBSERVER	OUI ..... 1 NON ..... 2	▶ FIN																
	<p><b>A LIRE A LA CLIENTE: Bonjour, Je suis (.....). Je représente</b> [Nom de l'Organisation]. Nous faisons une enquête auprès des formations sanitaires dans [PAYS]. Je voudra être présent tandis que vous recevez des services aujourd'hui, afin de mieux comprendre comment les soins sanitaires sont fournis.</p> <p>Nous ne sommes pas en train d'évaluer [L'INFIRMIERE/LE DOCTEUR/LE PRESTAIRE] ou le service en particulier, mais plutôt nous essayons d'avoir une image de la situation globale afin d'améliorer des services. Des informations de cette observation peuvent être fournies aux chercheurs pour des analyses, mais ni votre nom ni la date des prestations ne seront divulgués, ainsi votre identité et n'importe quelle information sur vous demeureront complètement confidentielles.</p> <p>Sachez que si vous décidez de me permettre d'assister pour observer votre visite c'est complètement volontaire et si vous acceptez de participer ou pas n'affecteront pas les services que vous recevez. Si, à un moment quelconque, vous préféreriez que je quitte, je vous prie de bien vouloir me le dire.</p> <p>Après la consultation, mon collègue voudrait parler avec vous au sujet de votre expérience ici aujourd'hui. Avez-vous des questions à me poser ? Sachez que si, à un moment quelconque, vous vous sentez gênée par ma présence, vous pouvez me demander de partir. Ai-je votre permission d'être présent à cette consultation ?</p>																		

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS	CODES
101	ENREGISTREZ SI OUI OU NON LA PERMISSION A ÉTÉ DONNÉE PAR LA CLIENTE OUI ..... 1 NON ..... 2	→ FIN
102	ENREGISTREZ L'HEURE DU DEBUT DE L'OBSERVATION : <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	
103	EST LA PREMIERE OBSERVATION POUR CE/CETTE PRESTATAIRE POUR CE SERVICE? OUI ..... 1 NON ..... 2	
104	ENREGISTREZ LE SEXE DE LA CLIENTE (DU CLIENT) MASCULIN ..... 1 FEMININ ..... 2	
<b>HISTOIRE DE LA PATIENTE (POUR LES FEMMES SEULEMENTS)</b>		
105	INDIQUEZ. CI-DESSOUS SI LE PRESTATAIRE A DEMANDÉ OU SI LA CLIENTE A FOURNI SPONTANEMENT DES INFORMATIONS SUR LES SUJETS SUIVANTS :	
01	Date de la dernière naissance ou âge de l'enfant le plus jeune	A
02	Date des derniers règles (pour savoir si enceinte actuellement)	B
03	Statut d'allaitement	C
04	Régularité du cycle menstruel	D
05	Aucun	Y
<b>HISTOIRE DU PATIENT/DE LA PATIENTE (TOUS LES PATIENTS)</b>		
106	INFORMATIONS PERSONNELLES SUR LA CLIENTE ET HISTOIRE REPRODUCTIVE. INDIQUEZ CI-DESSOUS SI LE PRESTATAIRE A DEMANDÉ OU SI LA CLIENTE A FOURNI SPONTANEMENT DES INFORMATIONS SUR LES SUJETS SUIVANTS :	
01	Age de la cliente (du client)	A
02	Nombre d'enfants vivants	B
03	Désire pour un enfant ou plus d'enfants	C
04	Délai désiré pour une naissance ou un prochain enfant	D
05	Aucun	Y
<b>EXAMEN PHYSIQUE</b>		
107	ENREGISTREZ SI LE PRESTATAIRE A EXÉCUTÉ L'UN OU L'AUTRE DES EXAMENS PHYSIQUES CI-APRES OU A DEMANDÉ A PROPOS DE L'UNE OU L'AUTRE DES QUESTIONS DE SANTÉ SUIVANTES.	
01	Prendre la pression sanguine de la cliente	A
02	Peser la cliente	B
03	Interroger la cliente au sujet du tabagisme	C
04	Interroger la cliente au sujet des symptômes relatifs aux IST (par exemple, écoulement anormal).	D
05	Interroger la cliente au sujet des maladies chroniques (maladie du coeur, diabète, hypertension, problème de foie ou d'ictère, cancer du sein).	E
06	Aucun	Y

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS	CODES
<b>PARTENAIRE ET STIs</b>		
108	ENREGISTREZ SI LE PRESTATAIRE A OU NON DISCUTÉ DES QUESTIONS CI-APRES LIÉES AUX PARTENAIRES SEXUELS ET AU CHOIX DE LA MÉTHODE DE PLANIFICATION FAMILIALE.	
01	De l'attitude du partenaire envers la planifi. familiale.	A
02	Du statut du partenaire (nombre de partenaires de la cliente ou de son partenaire; l'absence du partenaire).	B
03	Du risque des IST.	C
04	De l'utilisation des condoms pour prévenir les IST.	D
05	De l'utilisation des condoms seuls ou avec une autre méthode pour essayer de prévenir les IST.	E
06	Aucun	Y
<b>QUESTIONS/PREOCUPATIONS</b>		
109	ENREGISTREZ SI LE PRESTATAIRE OU LA PATIENTE ONT FAIT L'UN DES POINTS SUIVANTS POUR ASSURER LA CLIENTE DE L'INTIMITÉ.	
01	Interroge la cliente au sujet de questions ou de soucis concernant les méthodes actuellement utilisées.	A
02	La patiente a dit qu'elle a eu des soucis, ou a posé des questions sur les effets secondaires ou sur la méthode?	B
03	Aucun	Y
<b>CONFIDENTIALITE</b>		
110	ENREGISTREZ SI LE PRESTATAIRE A PRIS OU PAS L'UNE OU L'AUTRE DES MESURES SUIVANTES POUR ASSURER LA CLIENTE DE L'INTIMITÉ.	
01	Assure l'intimité visuelle.	A
02	Assure l'intimité auditive.	B
03	Assure la cliente oralement de la confidentialité.	C
04	Aucun	Y

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS	CODES	
<b>METHODES PRESCRITES OU FOURNIES</b>			
111	<p><b>VERIFIEZ LA METHODE AVEC LE PRESTATAIRE ET INDIQUEZ QUELLES METHODES ONT ÉTÉ FOURNIES OU PRESCRITES PENDANT CETTE VISITE. SI DES CONDOMS ÉTAIENT PRESCRITS POUR L'USAGE AVEC UNE AUTRE MÉTHODE, ENCERCLEZ LES DEUX MÉTHODES.</b></p> <p>SI ANCIENNE CLIENTE VENUE POUR SE REAPPROVISIONNER EN PILULES OU POUR RECEVOIR UNE NOUVELLE INJECTION OU POUR SE FAIRE REMPLACER UN DIU PENDANT CETTE VISITE, ENCERCLEZ LA METHODE POUR LAQUELLE ELLE EST VENUE A LA COLONNE B]</p> <p style="text-align: center;"><b>ATTENTION</b></p> <p>AU MOINS UNE RÉPONSE DOIT ÊTRE MENTIONNÉE POUR CHACUNE DES COLONNES SI AUCUNE MÉTHODE N'A ÉTÉ PRESCRITE, MENTIONNEZ "Y" DANS LA COLONNE "A"</p>		
<b>METHODE</b>		(A)	(B)
		PRESCRIT	DONNE
01	PILULE COMBINEE .....	A	A
02	PILULE ORALE PROGEST. SEUL	B	B
03	PILULE ORALE (TYPE NON SPECIFIE)	C	C
04	PILULE COMBINEE INJECTABLE (MENSUELEMENT)	D	D
05	INJECTABLE A BASE DE PROGESTORONE SEULE POUR 2 OU 3 MOIS)	E	E
06	CONDOM MASCULIN	F	F
07	CONDOM FEMININ	G	G
08	DIU	H	H
09	IMPLANT	I	I
10	PILULE DU LENDEMAIN	J	J
11	COLLIER DU CYCLE POUR METHODE DES JOURS FIXES	K	K
12	CONSEIL SUR L'ABSTINENCE PERIODIQUE	L	L
13	VASECTOMIE (STERILISATION MASCULINE)	M	M
14	STERILISATION FEMININE	N	N
15	METHODE DE L'ALLAITEMENT MATERNELLE ET DE L'AMENORHEE (MAMA)	O	O
16	AUTRE (EX: SPERMICIDE, DIAPHRAGME)	X	X
17	PAS DE METHODES	Y	Y

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS	CODES
<b>POUR LA OU LES MÉTHODES DE LA QUESTION 112-129, INDIQUEZ SI LES INFORMATIONS APPROPRIÉES CI-DESSOUS ONT ÉTÉ ÉVALUÉES OU DISCUTÉES.</b>		
112	VERIFIEZ Q111: SI "A", "B", "C", "D" OU "E" SONT ENCERCLES DANS N'IMPORTE QUELLE COLONNES. OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> →	114
113	<b>PILULE OU INJECTABLES</b> 01 Prise (de la pilule quotidiennement ; et de l'injection chaque mois ou tous les 3 mois). 02 Le changement qui peut se produire avec les règles (diminution du flux, spotting). 03 Les effets secondaires qui peuvent se produire au début (comme la nausée, le gain de poids, et la tension mammaire). 04 Que faire en cas d'oubli de la pilule ou de l'injection au moment indiqué. 05 La méthode ne protège pas contre les ISTs et le VIH 06 Doit retourner à la structure quand les effets secondaires apparaissent ou persistent 07 Aucun	A B C D E F Y
114	VERIFIEZ Q111: SI "F" OU "G" SONT ENCERCLES DANS N'IMPORTE QUELLE COLONNE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> →	116
115	<b>CONDOMS</b> 01 La non utilisation si cliente allergique au latex. 02 Ne peut être employé qu'une seule fois. 03 Les lubrifiants qui peuvent être utilisés (hydrosoluble seulement pour le condom masculin; n'importe quel lubrifiant avec le condom féminin) 04 Son utilisation comme protection si la cliente craint l'échec avec l'autre méthode. 05 De la double protection (de la grossesse et contre les ISTs) 06 Aucun	A B C D E Y
116	VERIFIEZ Q111: SI "H" EST ENCERCLE DANS N'IMPORTE QUELLE COLONNE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> →	118
117	<b>DISPOSITIF INTRAUTERINE/STERILET (DIU)</b> 01 Bon pour 12 années. 02 Devoir retourner à la formation dans 3-6 semaines suivant l'insertion ou après les premières règles. 03 Des effets secondaires courants qui peuvent se produire (saignement intense pendant les premiers mois suivant l'insertion, spotting, ou de légères crampes abdominales). 04 Devoir retourner à la structure sanitaire si les effets secondaires continuent. 05 L'utilisatrice doit régulièrement vérifier la corde après chaque menstruation. 06 La méthode ne protège pas contre les ISTs et le VIH 07 Aucun	A B C D E F Y

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS	CODES
118	VERIFIEZ Q111: SI "I" EST ENCERCLE DANS N'IMPORTE QUELLE COLONNE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> →	120
119	<b>IMPLANT</b>	
01	Bon pour 3-5 années.	A
02	Changement qui peut se produire avec la menstruation (saignement irrégulier, spotting).	B
03	Des effets secondaires qui peuvent se produire au début (nausée, gain de poids, et tension mammaire ).	C
04	Devoir retourner à la structure sanitaire si les effets secondaires continuent.	D
05	La méthode ne protège pas contre les ISTs et le VIH	E
06	Aucun	Y
120	VERIFIEZ Q111: SI "J" EST ENCERCLE DANS N'IMPORTE QUELLE COLONNE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> →	122
121	<b>CONTRACEPTION D'URGENCE</b>	
01	Prendre une autre dose si vomissement dans les deux heures suivant la prise	A
02	Retour pour un test de grossesse, si les prochaines règles sont exceptionnellement légères ou ne se produisent pas dans un délai de 4 semaines	B
03	Première dose qui doit être prise dans un délai de 72 heures du rapport sexuel	C
04	Deuxième dose qui devrait être prise 12 heures après la première dose.	D
05	Pas une méthode contraceptive de routine et donc ne doit pas être répété/pris plus de trois fois dans un mois.	E
06	La méthode ne protège pas contre les ISTs et le VIH	F
07	Aucun	Y
122	VERIFIEZ Q111: SI "K" OU "L" EST ENCERCLE DANS N'IMPORTE QUELLE COLONNE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> →	124
123	<b>RHYTHME ou ABSTINENCE PERIODIQUE</b>	
01	Comment identifier la période fertile d'une femme	A
02	De ne pas avoir de rapports pendant la période fertile de la femme sans méthode alternative	B
03	La méthode ne protège pas contre les ISTs et le VIH	C
04	Aucun	Y
124	VERIFIEZ Q111: SI "M" EST ENCERCLE DANS N'IMPORTE QUELLE COLONNE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> →	126
125	<b>VASECTOMIE</b>	
01	La partenaire est protégée contre la grossesse après 3 mois ou après 30 éjaculations	A
02	Utilisation d'une méthode de relais pour les 3 mois suivants l'opération.	B
03	Méthode qui est prévue pour être permanente; avec un léger risque d'échec.	C
04	Signes d'alarme qui peuvent se produire après l'opération (douleur intense, tension mammaire et saignement).	D
05	Devoir retourner à la formation en cas de signes	E
06	La méthode ne protège pas contre les ISTs et le VIH	F
07	Aucun	Y

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS	CODES
126	VERIFIEZ Q111: SI "N" EST ENCERCLE DANS N'IMPORTE QUELLE COLONNE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> → 128	
127	<b>STERILISATION FEMININE</b>	
01	protège contre la grossesse immédiatement	A
02	Méthode qui est prévue pour être permanente; avec un léger risque d'échec.	B
03	Signes d'alarme qui peuvent se produire après l'opération (douleur intense, léger maux de tête, fièvre, saignement et absence des règles).	C
04	Devoir retourner à la formation en cas de signes	D
05	La méthode ne protège pas contre les ISTs et le VIH	E
06	Aucun	Y
128	VERIFIEZ Q111: SI "O" EST ENCERCLE DANS N'IMPORTE QUELLE COLONNE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> → 130	
129	<b>MAMA</b>	
01	D'un risque minime de grossesse peu de temps avant la reprise de la menstruation.	A
02	Doit allaiter de manière exclusive ou presque exclusive	B
03	Pas efficace après le retour des règles.	C
04	L'enfant doit avoir moins de 6 mois.	D
05	La méthode ne protège pas contre les ISTs et le VIH	E
06	Aucun	Y
<b>ACTIONS ADDITIONNELLES DU/DE LA PRESTATAIRE</b>		
130	ENREGISTREZ SI LE/LA PRESTATAIRE A FAIT L'UN DES POINTS SUIVANTS	
01	Regardé le/la patient(e) carte de santé à n'importe quel moment avant de commencer la consultation, pendant l'anamnèse ou l'examen physique.	A
02	Ecris sur la carte de santé du/de la patient(e)	B
03	Utilisé quelque aide visuelle pour l'éducation sanitaire ou des conseils sur les méthodes de PF.	C
04	Parlé d'une visite de suivi	D
05	Aucun	Y
<b>CONFIRMEZ AVEC LE/LA PRESTATAIRE</b>		
131	CONFIRMEZ AVEC LE PRESTATAIRE A LA FIN DE LA CONSULTATION. VERIFIEZ LA CARTE DU PATIENT/DE LA PATIENTE OU LE REGISTRE SI NECESSAIRE.	
01	La patiente a-t-elle déjà eu un contact avec un prestataire de PF dans cette structure?	OUI 1 NON..... 2 NSP 8
02	Est ce que cette patiente a déjà été enceinte?	OUI 1 NON..... 2 PATIENT 3 NSP 8



NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS	CODES														
<b>5. OBSERVATION CLINIQUE</b>																
201	INDIQUEZ SI UNE PROCEDURE CLINIQUE A ÉTÉ CONDUITE PENDANT CETTE VISITE.															
01	EXAMAMINATION PELVIQUE	A														
02	INSERTION ET/OU RETRAIT DU DIU	B														
03	DONNEZ INJECTABLE	C														
04	INSERTION ET/OU RETRAIT DES IMPLANTS	D														
05	AUCUN	Y → 301														
202	LE PRESTATAIRE QUI FAIT L'EXAMEN CLINIQUE EST-IL CELUI QUI A FAIT LE COUNSELLING?	OUI ..... 1 NON ..... 2 → 206														
<p><b>A LIRE AU PRESTATAIRE:</b> Bonjour, je représente le ministère de la santé. Nous effectuons une enquête dans les formations sanitaires, avec le but de trouver des moyens d'améliorer la prestation des services. Je voudrais observer la façon de procéder avec la cliente. [Mme ___] est d'accord et ne voit pas d'inconvénients à ma présence. Ainsi, observer tous les composants des services fournis à [Mme ___] nous aidera à mieux comprendre comment les services de santé sont fournis.</p> <p>Toute information concernant cette procédure restera complètement confidentielle. Si, à un moment quelconque, vous préféreriez que je vous laisse seuls, je vous prie de bien vouloir me le dire.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Ai-je votre permission d'être présent durant la procédure?</p> <p>_____</p> <p>Signature de l'Enquêteur (Indique que le répondant est d'accord pour la participation)</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;"><b>2</b></td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;"><b>0</b></td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;"><b>2</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">JOUR</td> <td style="text-align: center;">MOIS</td> <td colspan="5" style="text-align: center;">ANNEE</td> </tr> </table>							<b>2</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	JOUR	MOIS	ANNEE				
				<b>2</b>	<b>0</b>	<b>2</b>										
JOUR	MOIS	ANNEE														
203	ENREGISTREZ SI OUI OU NON LA PERMISSION A ÉTÉ RECU DU PRESTATAIRE.	OUI ..... 1 NON ..... 2 → 301														
204	ENREGISTREZ LA FONCTION DU PRESTATAIRE AYANT EXÉCUTÉ LA MAJEURE PARTIE DE L'EXAMEN CLINIQUE.	PRESTATAIRE TYPE 1 01 PRESTATAIRE TYPE 2 02 PRESTATAIRE TYPE 3 03 PRESTATAIRE TYPE 4 04 PRESTATAIRE TYPE 5 05 PRESTATAIRE TYPE 6 06 PRESTATAIRE TYPE 7 07 PRESTATAIRE TYPE 8 08 PRESTATAIRE TYPE 9 09 OTHER ..... 96 (SPECIFIEZ)														
205	ENREGISTREZ LE SEXE DU PRESTATAIRE CONDUISANT L'EXAMEN OU LE PROCÉDURE CLINIQUE.	MASCULIN ..... 1 FEMININ ..... 2														

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS	CODES
<b>6. EXAMEN PELVIEN</b>		
206	VERIFIEZ Q201 : EST-CE QU'UN EXAMEN PELVIEN A ÉTÉ CONDUIT ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 → 210
<b>AVANT L'EXAMINATION</b>		
207	ENREGISTREZ SI LE/LA PRESTATAIRE A FAIT L'UNE DES CHOSES SUIVANTES AVANT LA PROCEDURE	
01	Assurer l'intimité visuelle à la patiente	A
02	Assurer l'intimité auditive à la patiente	B
03	Expliquez les procédures avant de commencer	C
04	Preparer les instruments avant la procédure	D
05	Se laver les mains à l'eau et du savon ou avec un désinfectant avant de commencer	E
06	Porter des gants en latex avant de commencer	F
07	Aucun	Y
<b>PENDANT L'EXAMINATION</b>		
208	ENREGISTREZ SI LE/LA PRESTATAIRE A FAIT L'UNE DES CHOSES SUIVANTES PENDANT LA PROCEDURE	
01	Utiliser des instruments stérilisés ou désinfectés à un haut niveau	A
02	Demander à la patiente de respirer profondément et lentement afin de relaxer les muscles	B
03	Inspecter les organes génitaux externes	C
04	Expliquer l'utilisation du speculum (s'il est utilisé)	D
05	Inspecter la muqueuse vaginale et le col cervical en utilisant le spéculum et la lumière	E
06	Exécuter un examen bimanuel de l'utérus (MAIN DANS LE VAGIN ET L'AUTRE PALPITANT L'ABDOMEN)	F
07	Aucun	Y
<b>APRES L'EXAMINATION</b>		
209	ENREGISTREZ SI LE/LA PRESTATAIRE A FAIT L'UNE DES CHOSES SUIVANTES APRES LA PROCEDURE	
01	Retirer les gants	A
02	Laver ou désinfecter les mains après avoir retiré les gants	B
03	Essuyer les surfaces souillées en utilisant un désinfectant	C
04	Placer les instruments ré-utilisables dans une solution désinfectante à base de chlore immédiatement après la procédure	D
05	Aucun	Y

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS	CODES
<b>7. INSERTION/RETRAIT DU DIU</b>		
210	VERIFIEZ Q201 : UN DIU A-T-IL ÉTÉ INSÉRÉ OU RETIRÉ ?	INSERTION DU DIU ..... A RETRAIT DU DIU ..... B EXAMEN DU DIU ..... C AUCUN ..... Y → 215
<b>AVANT LA PROCEDURE</b>		
211	ENREGISTREZ SI LE/LA PRESTATAIRE A FAIT L'UNE DES CHOSES SUIVANTES AVANT LA PROCEDURE	
01	Assurer l'intimité visuelle à la patiente	A
02	Assurer l'intimité auditive à la patiente	B
03	Expliquez les procédures avant de commencer	C
04	<b>(POUR NOUVELLE PATIENTE)</b> Reconformer avec la patiente le choix de la méthode	D
05	<b>(POUR NOUVELLE PATIENTE)</b> S'assurer que la patiente n'est pas enceinte	E
06	Preparer les instruments avant la procédure	F
07	Se laver les mains à l'eau et du savon ou avec un désinfectant avant de commencer	G
08	Porter des gants en latex avant de commencer	H
09	Nettoyer la vagin et le col cervical avec un désinfectant	I
10	Aucun	Y
<b>PENDANT LA PROCEDURE</b>		
212	ENREGISTREZ SI LE/LA PRESTATAIRE A FAIT L'UNE DES CHOSES SUIVANTES PENDANT LA PROCEDURE	
01	Exécuter un examen bimanuel de l'uterus (MAIN DANS LE VAGIN ET L'AUTRE PALPITANT L'ABDOMEN)	A
02	Réaliser l'examen au speculum avant celui bimanuel	B
03	Inspecter la muqueuse vaginale et le col cervical en utilisant le spéculum et la lumière	C
04	Utiliser une pince à Pozzi	D
05	Mésurer la hauteur utérine avant d'insérer le DIU	E
06	Expliquer chacune de ces procédures ci-dessus	F
07	Utiliser la "technique de retrait" pour insérer le DIU	G
08	Utiliser des instruments stérilisés ou désinfectés à un haut niveau	H
09	AUCUN	Y
<b>APRES LA PROCEDURE</b>		
213	ENREGISTREZ SI LE/LA PRESTATAIRE A FAIT L'UNE DES CHOSES SUIVANTES APRES LA PROCEDURE	
01	Retirer les gants	A
02	Laver ou désinfecter les mains après avoir retiré les gants	B
03	Demander à la patiente d'attendre et de se reposer 5 minutes après l'insertion du DIU	C
04	Essuyer les surfaces souillées en utilisant un désinfectant	D
05	Placer les instruments ré-utilisable dans une solution désinfectante à base de chlore immédiatement après la procédure	E
06	AUCUN	Y

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS	CODES
<b>INTERECTION PATIENTE-PRESTATAIRE</b>		
214	ENREGISTREZ SI LE/LA PRESTATAIRE A FAIT L'UNE DES CHOSES SUIVANTES APRES LA PROCEDURE	
01	A-t-on dit à la patiente que la méthode est bonne pour 12 mois?	A
02	A-t-on conseillé à la patiente de retourner à la structure `dans 3 `6 semaines après insertion ou après les premières règles?	B
03	A-t-on instruit la patiente de verifier régulièrement la présence du fil après chaque période des règles	C
04	A-t-on dit à la patiente qu'elle pourrait expérimenter des effets secondaires? (saignement abondant les premiers mois, saignement en goutte ou des légères douleurs abdominales)	D
05	A-t-on instruit à la patiente de retourner à la structure si les effets secondaires persistent	E
06	A-t-on donné à la patiente une carte mentionnant la date de l'insertion et la date de la prochaine visite de suivi.	F
07	<b>(SI RETRAIT DU DIU):</b> Montrer le DIU qui a été retiré.	G
08	AUCUN	Y

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS	CODES
<b>LES CONTRACEPTIVES INJECTABLES</b>		
215	<b>VERIFIEZ Q201</b> : EST-CE QU'UNE INJECTION CONTRACEPTIVE A ÉTÉ DONNÉE ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 → 220
<b>AVANT LA PROCEDURE</b>		
216	ENREGISTREZ SI LE/LA PRESTATAIRE A FAIT L'UNE DES CHOSES SUIVANTES AVANT LA PROCEDURE	
01	<b>(POUR NOUVELLE PATIENTE)</b> Reconfirmer avec la patiente le choix de la méthode	A
02	<b>(POUR NOUVELLE PATIENTE)</b> S'assurer que la patiente n'est pas enceinte	B
03	<b>(ANCIENNE PATIENTE)</b> Verifier la carte de la patiente pour s'assurer de donner l'injection à la date prévue.	C
04	Assurer l'intimité visuelle à la patiente	D
05	Assurer l'intimité auditive à la patiente	E
06	Se laver les mains à l'eau et du savon ou avec un désinfectant avant de commencer	F
07	Preparer l'injection dans un espace avec une table ou un tableau propre pour y placer ce dont on a besoin	G
08	AUCUN	Y
<b>PENDANT LA PROCEDURE</b>		
217	ENREGISTREZ SI LE/LA PRESTATAIRE A FAIT L'UNE DES CHOSES SUIVANTES APRES LA PROCEDURE	
01	<b>(SI UTILISANT DU MATERIEL JETABLE)</b> Utiliser une nouvelle seringue et aiguille d'un paquet sterile et scellé	A
02	Ouvrir un nouveau paquet de seringue et aiguille	B
03	Retirer l'aiguille du flacon à dose multiple chaque fois	C
04	Remuer ou agiter le contenu du flacon avant de retirer la dose	D
05	Netoyer et secher à l'air libre le lieu de l'injection avant l'injection	E
06	Tirer le piston de la seringue en arrière avant d'injecter le produit	F
07	Permettre à la dose de se disperser toute seule au lieu de masser l'endroit de l'injection	G
08	Jetter les objets tranchants dans un recipient reistant aux piqûres l'endroit de l'injection.	H
09	AUCUN	Y
<b>APRES LA PROCEDURE</b>		
218	ENREGISTREZ SI LE/LA PRESTATAIRE A FAIT L'UNE DES CHOSES SUIVANTES APRES LA PROCEDURE	
01	Jeter les objets tranchants dans un recipient resistant aux aiguilles (non debordant ou troué)	B
02	Dire à cliente de ne pas masser l'endroit de l'injection	C
03	Dire à la cliente quand revenir pour la prochaine injection.	D
04	Aucun	Y

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS	CODES
219	INDIQUEZ SI L'AIGUILLE ET LA SERINGUE ONT ÉTÉ FOURNIES PAR LE SERVICE OU FOURNIES PAR LA CLIENTE.	FOURNIES PAR SERVICE .... 1 FOURNIES PAR CLIENTE ..... 2 NE SAIS PAS ..... 8
<b>2.4. INSERTION/RETRAIT D'IMPLANT</b>		
220	VERIFIEZ Q201 : DES IMPLANTS ONT-ILS ÉTÉ INSÉRÉS OU RETIRES ?	INSERTION D'IMPLANT ..... A RETRAIT D'IMPLANT ..... B NE SAIS PAS ..... Y → 301
<b>AVANT LA PROCEDURE</b>		
221	ENREGISTREZ SI LE/LA PRESTATAIRE A FAIT L'UNE DES CHOSES SUIVANTES AVANT LA PROCEDURE	
01	<b>(POUR NOUVELLE PATIENTE)</b> Reconfirmer avec la patiente le choix de la méthode	A
02	<b>(POUR NOUVELLE PATIENTE)</b> S'assurer que la patiente n'est pas enceinte	B
03	Assurer l'intimité visuelle à la patiente	C
04	Assurer l'intimité auditive à la patiente	D
05	Expliquez les procédures avant de commencer	E
06	Preparer les instruments avant la procédure	F
07	Utiliser des instruments stérilisés ou désinfectés à un haut niveau	G
08	Se laver les mains à l'eau et du savon ou avec un désinfectant avant de commencer	H
09	Mettre des gants stériles et maintenir la stérilité durant la procédure	I
10	AUCUN	Y
<b>PENDANT LA PROCEDURE</b>		
222	ENREGISTREZ SI LE/LA PRESTATAIRE A FAIT L'UNE DES CHOSES SUIVANTES APRES LA PROCEDURE	
01	Nettoyer la peau à l'endroit où l'incision sera faite avec un antiseptique	A
02	Utiliser un champ stérile pour protéger l'endroit de l'incision.	B
03	Utiliser une aiguille et seringue nouvelle ou stérilisé pour l'anesthésie locale	C
04	Laisser à l'anesthésie locale du temps d'agir avant de faire l'incision	D
05	AUCUN	Y
<b>APRES LA PROCEDURE</b>		
223	ENREGISTREZ SI LE/LA PRESTATAIRE A FAIT L'UNE DES CHOSES SUIVANTES AVANT LA PROCEDURE	
01	Jeter les objets tranchants dans un recipient reistant aux piqûres l'endroit de l'injection.	A
02	Essuyer les surfaces souillées avec un désinfectant.	B
03	Placer les instruments ré-utilisable dans une solution désinfectante à base de chlore immédiatement après la procédure	C
04	Retirer les gants	D
05	Laver ou désinfecter les mains après avoir retiré les gants	E
06	Expliquez les soins de l'incision et le retrait du pansement	F
07	Discuter de la visite prochaine pour retrait du pansement adhésif	G
08	AUCUN	Y

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS	CODES
<b>INTERECTION PATIENTE-PRESTATAIRE</b>		
224	ENREGISTREZ SI LE/LA PRESTATAIRE A FAIT L'UNE DES CHOSES SUIVANTES AVANT	
01	Patiente instruite que l'implant est bon pour 3-5 ans (NOMBRE D'ANNEE DEPEND DU TYPE DE L'IMPLANT)	A
02	Patiente instruite à propos des changements possibles du cycle mensuel et/ou autres effets secondaires.	B
03	Patiente instruite sur d'autres effets secondaires non menstruels telque des nausée augmentation du poids ou tensions mammaires	C
04	Patiente instruite de retourner à la structure si les effets secondaires persistent	D
05	<b>(EN CAS DE RETRAIT):</b> Monter à la patiente chaque capsule d'implant retiré en la rassurant que tout a été retiré.	E
06	Fournir à la patiente une carte mentionnant la date de l'insertion de l'implant et la date à laquelle il faudra l'enlever.	F
07	AUCUN	Y
225	INDIQUEZ SI L'AIGUILLE ET LA SERINGUE ONT ÉTÉ FOURNIES PAR LE SERVICE OU FOURNIES PAR LA CLIENTE.	FOURNIES PAR SERVICE .... 1 FOURNIES PAR CLIENTE ..... 2 NE SAIS PAS ..... 8

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS	CODES
<b>10. STATUS DES CLIENTS DES SERVICES DE PLANNIFICATION FAMILIALE A DEMANDER AU PRESTATAIRE APRES CONSULTATION</b>		
APRÈS LA CONSULTATION, COMPLETEZ LES INFORMATIONS SUIVANTES		
301	Quel était le status de la cliente des services de PF au début de la consultation?	UTILISATRICE ..... 1 N'UTILISE PAS. A UTILISE ... 2 → 304 PAR LE PASSE ..... N'UTILISE PAS ET, N'A ... 3 → 304 JAMAIS UTILISE ..... INDETERMINE ..... 8 → 304
302	Quelle était la principale raison de cette visite pour la cliente?	REAPPROVISIONNEMENT SUIVI ROUTINIER ..... 1 DISCUTER DE PROBLEME AVEC LA METHODE ..... 2 DESIRE CHANGER METHODE (PAS DE PROBLEME) ..... 3 DESIRE ARRETER PF (PAS DE PROBLEME) ..... 4 DISCUTER AUTRE PRO- BLEME PHYSIQUE ..... 5
303	Quelle était l'issue de la visite?  (POUR UTILISATRICE ACTUELLE)	A CONTINUE AVEC METHO. ACTUELLE ..... 1 → 305 A CHANGE DE METHODE ... 2 → 305 CHANGERA DE METHODE NON RECU AUJOURD'HUI CONTINUE AVEC METHODE ACTUELLE ..... 3 → 305 CHANGERA DE METHODE NON RECU AUJOURD'HUI ARRETE METHODE ACTUELLE ..... 4 → 305 A DECIDE D'ARRETER UTILSER PF ... ..... 5 → 306
304	Quelle était l'issue de la visite? (SI PAS UN UTILISATRICE ACTUELLE)	ACCEPTE COMMENCER UNE METHODE ..... 1 N'A PAS DECIDE SUR METHO. 2 → 306
305	Est ce que la cliente est partie avec une méthode à utiliser?  SI NON : INDIQUEZ LA RAISON POUR LAQUELLE ELLE N'A PAS REÇU DE MÉTHODE	OUI, A QUITTE AVEC UNE METHODE ..... 1 NON, N'EST PAS EN STOCK ... 2 NON, NECESSITE UN RENDEZ-VOUS ..... 3 NON, REPORTE POUR RAISON DE SANTE ... 4 NON, STATUT GROSSESSE INCERTAIN ..... 5 AUTRE ..... 6
306	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A ÉCRIT OU NON SUR LA CARTE OU DANS LE CARNET INDIVIDUEL DE LA CLIENTE APRÈS LA CONSULTATION.	OUI ..... 1 NON ..... 2 PAS DE CARNET INDIVIDUEL ... 3 NE SAIS PAS ..... 8
307	ENREGISTREZ L'HEURE DE LA FIN DE L'OBSERVATION	<input type="text"/> : <input type="text"/>
308	<b>Commentaires de l'Observateur:</b>	